

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

radiologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

AS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19-0017969

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 5917

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

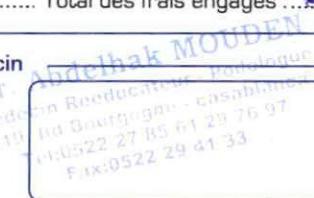
Nom & Prénom : Benabdellah Soumya Date de naissance : 12/07/58

Adresse : 600, Route del valida Agt 332

Tél. : 0661.10.06.17 Total des frais engagés : 600 + 311,80 = 911,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/12/2019

Nom et prénom du malade : BENABDELLAH SOUZYA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

28 Fév 2019

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

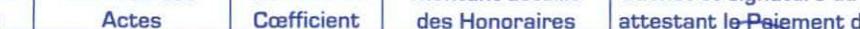
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : casab

Le : 19/12/2019

Signature de l'adhérent[e] :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/12/2019 03		Chirurgie dentaire 300 x 300 = 600,-		 Dr. Abdellah Doudéen Médecin Dentiste N° 01297623 Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>Pharmacie HIND LAKHMI MIMOSAS Hind LAKHMI MIMOSAS Docteur en Pharmacie 400, Route de El Jadida CASABLANCA Tel: 022-98-88-97-FAX: 022-98-24-76</i></p>	<i>19/12/19</i>	<p><i>Pharmacie HIND LAKHMI MIMOSAS Docteur en Pharmacie 100, Route de El Jadida CASABLANCA Tel: 022-98-88-97-FAX: 022-98-24-76</i></p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

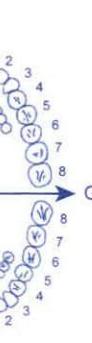
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	B			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور عبد الحق مومن

Docteur Abdelhak Mouden

Spécialiste

Médecine Physique - Ostéopathie.

Podologie - Mésothérapie.

Traumatologie du Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de la Société Française d'Ostéopathie



119, شارع بوركون - إقامة فنتيسيا - الدار البيضاء
119, Avenue de Bourgogne - Résidence venezia - Rez de chaussée, Casablanca
Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97 - Fax: 05 22 20 94 43
E-mail: osteopathecasablanca@gmail.com / Site web: www.osteopathie-casablanca.com
INP 091113869

يُنصح بـ ديبوكسول® كمسك للألم في بعض الأحيان
أو صيدليكم على أي علاج آخر تأخذونه

مرضعة، في حالة إكتشاف الحمل أثناء العلاج

على العموم يتبعن خلال الحمل أو الرضاعة إستشارة طبيكم أو صيدليكم قبل إستعمال أي رواه

المقدار/طريقة الاستعمال
البالغين الذين تتجاوز أعمارهم 15 سنة : 1-2 فرشاً جرعة واحدة ، 3 مرات يوميا على فترات 4 ساعات لا تتجاوز 6 أفراس خلال 24 ساعة.

الفشل الكلوي: المرضى الذين يعانون من الفشل الكلوي (تصفية الكرياتينين أقل من 10 مل / دقيقة)، الفاصل الزمني بين الجرعات على الأقل 8 ساعات.

في جميع الحالات يتبعن التقييد بوصفة طبيكم

طريقة الاستعمال:
عن طريق الفم
مدة العلاج
متقددوا بوصفة طبيكم

- الآثار الغير مرغوب فيها:
يمكن أن يحدث هذا الدواء آثاراً غير مرغوب فيها
من تهيجه بالهاردسيطامول.
- حالات نادرة من تفاعلات فرط الحساسية، ونمة وعائية، والطفح الجلدي.
مرتبطة بديبوروكاشيكوزيد.
- إمكانية حساسية الجلد.
- إضطرابات نادرة للجهاز الهضمي: الإسهال، وألم في المعدة.
- لا تترددوا في استشارة طبيكم أو صيدليكم والإشارة إلى أي آثر غير مرغوب فيه خاصة الآثار التي لا تتضمنها هذه النشرة.

الحفظ:

لا تتجاوزوا التاريخ المبين على الغلاف الخارجي
تحذير: في درجة حرارة تقل عن 25 درجة مئوية.

لا يدرك في متناول الأطفال.

قائمة

رخصة رقم: 189DMP/21/NNP

 POLYMÉDIC

زنقة أمبوط دائبل، حي أرسلان
الدار البيضاء - المغرب
دم الحموشي صيدلي مسؤول

130,50

6 11

00002610

الدكتور عبد الحق مودن

Docteur Abdelhak Mouden

Spécialiste

Médecine Physique - Ostéopathie.

Podologie - Mésothérapie.

Traumatologie du Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de la Société Française d'Ostéopathie



119, شارع بوركون - إقامة فنسسيا - الدار البيضاء
119, Avenue de Bourgogne - Résidence venezia - Rez de chaussée, Casablanca
Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97 - Fax : 05 22 20 94 44
E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com
INP 091118860

19/12/2019

BENJADDA · 500MAYA

Reas
Nervalgia
Chirico Brachial.

← Consultation sportive Dr. w.

→ X-ray infarct Dr. w.

TOTAL: 000.00

DR. Abdelhak MOUDEN
Médecin Bioliste - Ostéopathe
119, Avenue de Bourgogne - Casablanca
Tél: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97
Fax: 05 22 20 94 44

PENTA
SKIN



Gel chauffant

Antidouleur
Anti-inflammatoire



- ✓ Diminue la raideur musculaire
- ✓ Soulage
- ✓ Apaise